

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 mai 1893, à 1 heure

Par M^{lle} ANNA KOHAN

Née à Odessa (Russie)

Ancien interne de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABLATION COMPLÈTE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. } FARABEUF, professeur.
 } JALAGUIER, GILBERT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

228

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 mai 1893, à 1 heure

Par M^{lle} ANNA KOHAN

Née à Odessa (Russie)

Ancien interne de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABLATION COMPLÈTE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
 { JALAGUIER, GILBERT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		N.
Pharmacologie.		N.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUS.
		G. SÉE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		CHARCOT.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale	}	LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SEBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CALOT

Chirurgien de l'hôpital Nathaniel de Rothschild à Berck-sur-Mer

Témoignage de profonde reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANDOUZY

Médecin à l'hôpital Laënnec
Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR CADET DE GASSICOURT

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR MENARD

Chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552026_0040

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS
NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABLATION COMPLÈTE

INTRODUCTION

Les abcès froids sont des affections singulièrement rebelles à tout traitement. Parmi eux les abcès dits par congestion viennent trop souvent compliquer les maladies tuberculeuses des articulations et des os, pour en assombrir le pronostic souvent d'une manière fatale, pour en retarder en tout cas la guérison. Pendant les deux années que nous avons passées à Berck, nous nous sommes trouvé tous les jours aux prises avec ces redoutables complications, trop souvent sans résultat.

Aussi, frappé des succès obtenus par notre maître, M. Calot, au moyen d'une opération moins économe que celles tentées jusqu'à ce jour, lui

avons nous demandé la permission d'exposer cette nouvelle méthode dans notre thèse inaugurale.

Il a bien voulu nous le permettre, il a fait devant nous de nouvelles opérations et c'est sa méthode que nous allons essayer de décrire.

Nous commencerons par quelques mots d'historique pour montrer où en était la question, puis après une étude rapide des abcès froids et une revue critique des procédés en honneur aujourd'hui, nous décrirons la nouvelle méthode, ses indications, ses résultats, le tout appuyé sur les observations que nous avons recueillies.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Les anciens ne font que signaler les abcès froids et encore d'une manière tout à fait confuse. Hippocrate parle des abcès symptomatiques des affections articulaires de la hanche et de l'épaule. On ne trouve rien chez ses successeurs ni chez les auteurs arabes.

Les chirurgiens du moyen-âge confondent abcès chauds et abcès froids, et ce n'est guère qu'au xviii^e siècle qu'on essaye de poser quelques distinctions.

Vers la fin du xviii^e siècle on commence à différencier les abcès idiopathiques des abcès par congestion.

David, en 1779, dans sa dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales, signale les abcès par congestion et Bell, en 1787, les abcès lombaires de la carie vertébrale.

C'est à cette époque qu'on commence à tenter une thérapeutique timide, et pendant longtemps la grande préoccupation qui planera sur ces tentati-

ves, c'est de ne pas laisser pénétrer l'air dans la cavité de l'abcès. Tout d'abord ce sont les moyens médicaux qui sont en honneur : emplâtres, vésicatoires volants, diachylon, moxas. A. Petit publie en 1798, dans les *Recueils de la société de Lyon*, les résultats de sa pratique de six ans : il plonge dans l'abcès une fine aiguille rougie à blanc et sur l'orifice de ponction place une ou plusieurs ventouses qui se remplissent de pus ; il évite ainsi l'accès de l'air et dit retirer de bons effets de sa méthode.

Toujours avec la même frayeur de l'air Abernethy, en Angleterre, Boyer, en France, préconisent les ponctions successives : Boyer se sert d'un bistouri à lame étroite qu'il introduit très obliquement sous la peau de manière à éviter le plus possible la coïncidence des orifices profond et superficiel ; il arrive ainsi à vider la cavité sans que l'air puisse y pénétrer. En 1841, J. Guérin, sous le nom de ponction sous-cutanée, présente une nouvelle méthode qui n'est que la précédente modifiée en ce sens qu'il se sert d'un trocart aplati. Pelletan réalise un nouveau progrès en aspirant par une seringue.

En 1849, Abeille et Boinet font un grand pas de plus et ouvrent l'ère des injections modificatrices. Boinet ne se contente plus d'évacuer le pus, mais après avoir vidé la poche, il injecte dans sa cavité une solution d'iode et d'iodure de potassium. Cette méthode eut d'abord de chauds parti-

sans, mais quelques insuccès refroidirent bientôt l'enthousiasme, et elle tomba presque dans l'oubli.

Avec l'antisepsie s'ouvre pour les abcès froids une ère nouvelle. Déjà quelques chirurgiens avaient essayé d'après l'exemple de Lisfranc d'ouvrir largement la poche, d'évacuer le pus et d'obtenir la guérison par compression ; mais le succès n'avait pas répondu à leur audace, et les accidents de l'infection les avaient bientôt obligés à renoncer à cette méthode.

Mais avec la méthode antiseptique les chirurgiens actuels ouvrent largement, grattent la paroi de l'abcès avec la curette tranchante, nettoient, drainent, suturent et obtiennent des succès nombreux.

D'autres préfèrent employer la méthode des injections revenue en faveur avec les nouveaux antiseptiques. On injecte tout ce qu'on juge pouvoir tuer le bacille de Koch ou arrêter son développement : sublimé, phénol, iode, iodoforme, naphtol camphré.

Aujourd'hui ces deux méthodes sont encore en présence : méthode sanglante d'une part, de l'autre méthode des injections avec l'iodoforme et le naphtol camphré.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant d'aborder l'étude du traitement des abcès froids, il nous semble bon de dire quelques mots de leur structure et de leur développement, mais en nous arrêtant seulement sur les détails qui peuvent intéresser la question de l'intervention, et à ce point de vue nous verrons surtout comment ils évoluent, comment ils sont un danger par eux-mêmes et pourquoi ils appellent un traitement hâtif indépendamment de la lésion primitive.

La nature des abcès froids, abcès tuberculeux, tuberculomes, n'est bien connue que depuis une quinzaine d'années ; c'est seulement alors que les travaux de Lannelongue, de Josias et de Brissaud démontrèrent que l'abcès froid résultait de la fonte d'une gomme tuberculeuse. Nous n'avons pas à indiquer la structure de cette gomme, pas plus que le processus d'étouffement des éléments embryonnaires arrivant à la formation de la matière caséuse et du pus. Prenons l'abcès tout formé et étudions d'abord sa membrane d'enveloppe. La périphérie du tuberculome est occupée par une

membrane de néoformation, membrane tuberculeuse des auteurs.

Cette membrane n'est qu'un tissu tuberculeux composé de follicules, de cellules géantes et d'éléments embryonnaires ; elle est sillonnée par un grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation à parois très friables et donnant lieu facilement à des hémorrhagies.

Sa face interne est inégale, mamelonnée, tomenteuse, soulevée çà et là par les vaisseaux, nerfs ou tendons qu'elle a englobés, mais non encore détruits ; elle est recouverte de lambeaux floconneux, de débris caséeux, de pus.

Par sa face externe elle adhère intimement aux tissus voisins auxquels elle envoie de nombreux prolongements. Ces prolongements s'insinuent dans tous les interstices, pénètrent les muscles, les aponévroses, et peuvent porter au loin le germe d'un nouvel abcès. Ils se multiplient rapidement sur la partie immédiatement attenante à la membrane et finissent par transformer les tissus, les englober, les assimiler à la membrane qui gagne ainsi de proche en proche et sur toute sa périphérie.

Pendant ce temps un processus inverse se passe dans l'épaisseur de la membrane et sur sa paroi interne : les éléments embryonnaires dont l'accroissement est trop rapide se nourrissent mal, s'étouffent les uns les autres, dégénèrent en matière caséuse, puis en pus. Ainsi ce que la mem-

brâne gagne d'un côté elle le perd de l'autre, et cela aux dépens des tissus sains envahis peu à peu, et au profit de la poche qui s'agrandit et de son contenu qui augmente.

Ce que nous venons de dire s'applique aux abcès froids idiopathiques, c'est-à-dire formés sur place et sans connexion avec la profondeur. A première vue on croirait qu'il ne peut en être de même pour les abcès par congestion dépendant d'une autre lésion.

Pendant longtemps on a cru en effet qu'ils n'étaient qu'une espèce de réservoir; le pus qui se forme dans un foyer osseux ne trouvant pas là un espace suffisant, se fraye un chemin en écartant les interstices des muscles, suit les gaines des vaisseaux ou des nerfs jusqu'à ce qu'il ait trouvé un point favorable. Alors il s'arrête et forme une cavité où pourra venir s'accumuler tout le pus que fournira l'os ou l'articulation malade. En réalité, il n'en est pas ainsi, et Lannelongue a bien démontré que l'abcès par congestion ne se contente pas de ce rôle passif. Au début cependant c'est bien ainsi que les choses se passent, mais la membrane une fois formée elle va bientôt réagir pour son propre compte, pousser des prolongements dans les tissus, les envahir. Inutile d'insister, les choses se passent absolument comme dans le premier cas.

Le pus continue bien, il est vrai, à venir en partie du point primitivement malade, mais pour

la plus faible part, la plus grande étant donnée par la paroi même.

Cependant dans ce dernier cas il y a surajouté un élément très important à notre point de vue spécial, le trajet d'union de l'abcès avec le foyer d'origine.

Il est évident que si ce trajet est oblitéré, la question est singulièrement simplifiée, nous revenons au cas d'abcès idiopathique. Si au contraire il subsiste, nous aurons dans l'opération à compter avec lui comme porte de réinfection qu'il faudra fermer à tout prix. Voyons donc si l'oblitération spontanée est fréquente et comment la diagnostiquer.

M. Ollier dans son *Traité de résection*, fait jouer à l'immobilisation un grand rôle sous ce rapport : quand une articulation est bien immobilisée, tous les trajets qui conduisent dans les foyers voisins ne tardent pas à s'oblitérer. Mais il est difficile de donner des proportions, car la communication n'est pas facile à diagnostiquer et on doit souvent s'en tenir à des présomptions. Cependant si l'on a affaire à une articulation superficielle, le genou, par exemple, il sera quelquefois facile de sentir le reflux de l'articulation dans la poche et réciproquement. Ou encore, si l'on a dans le cul-de-sac sous-tricipital une vaste collection et que l'on ne trouve pas de liquide dans la cavité articulaire, il est probable, mais seulement probable, que le trajet est oblitéré.

A la hanche la difficulté est déjà plus grande et l'on ne pourra guère avoir que des présomptions plus ou moins permises basées sur la durée de l'immobilisation, sur la rapidité avec laquelle l'abcès se remplit après avoir été vidé.

Pour les abcès du mal de Pott enfin il y a impossibilité absolue. Comment savoir en effet, à moins de symptômes spéciaux tout à fait rares, si une collection de la fosse iliaque communique encore avec le foyer vertébral.

Cependant dans ce dernier cas l'anatomie pathologique nous enseigne que la communication est la plus fréquente.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS.

A. — *Immobilisation.*

Le traitement de la tuberculose osseuse et articulaire déjà si difficile et si épineux se complique singulièrement avec l'apparition d'un abcès par congestion, et ceci non seulement parce que la suppuration trahit l'état de délabrement considérable de la jointure, mais aussi parce que l'abcès est un danger perpétuel par lui-même. Sans compter qu'il constitue un nouveau foyer tuberculeux infectieux et infectant qui germe sur place, il tient constamment le chirurgien en éveil par la menace de s'ouvrir, d'ouvrir une porte à l'extérieur, de laisser pénétrer le microbe de l'infection banale qui ira s'associer au bacille pour activer le travail de désorganisation des tissus et d'infection générale de l'organisme.

Quoique très effrayé par la découverte d'un abcès le chirurgien se met bientôt à espérer : l'abcès se résorbera peut-être spontanément. Cet espoir n'a rien de mal fondé.

La résorption spontanée des abcès froids est beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement. D'après le professeur Lannelongue, toutes les fois qu'on fait une autopsie de mal de Pott même ayant succombé d'une maladie intercurrente, on trouve des abcès qu'on n'avait pas découverts cliniquement. En parlant d'un mal de Pott on ne peut jamais certifier qu'il n'y a pas d'abcès par congestion ; tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il n'y en a pas d'apparents, et à l'autopsie on en découvre presque chez tous les sujets. Et cependant combien y a-t-il de maux de Pott qui évoluent sans qu'on se soit jamais douté qu'il y avait des abcès par congestion iliaques, lombaires ou autres. Et combien y a-t-il d'abcès qu'on sent dans les fosses iliaques et qui restent stationnaires pendant des mois jusqu'au moment où par suite de l'amélioration dans l'état général ou d'un travail de réparation qui s'effectue dans le foyer osseux, ils commencent à diminuer et finissent par disparaître complètement.

Les cas de résorption spontanée sont très fréquents dans le mal de Pott. D'après Ollier dans la pratique civile tous les abcès du mal de Pott guérissent spontanément quand l'enfant avait été immobilisé pendant un temps assez long et soumis à un traitement hygiénique rationnel.

Pour les abcès péri-articulaires la chose est beaucoup moins commune. Cependant avec un traitement général bien approprié et surtout en

immobilisant très rigoureusement les parties malades, on peut espérer encore la résorption spontanée. Ollier en cite plusieurs exemples dont deux très remarquables :

Dans le premier cas il s'agit d'un garçon de 11 ans sur lequel Nélaton avait porté le diagnostic de coxalgie suppurée. L'enfant fut immobilisé dans une gouttière pendant dix mois. Au moment où le malade fut adressé à Ollier, il portait autour de la hanche sept ou huit cicatrices infundibiliiformes, déprimées, adhérant profondément aux os et aux parties molles. Or, jamais une goutte de pus n'était sortie à l'extérieur : le pus s'était résorbé et la paroi de l'abcès s'était recollée aux parties profondes en laissant ces vastes cicatrices qu'on aurait pu prendre pour des trajets fistuleux oblitérés.

L'autre fait se rapporte à une fillette de 7 ans, qui avait eu quatre ans auparavant à la région postéro-interne du bras un vaste abcès venant de l'articulation scapulo-humérale. Cet abcès s'est résorbé spontanément en laissant une demi-ankylose de l'articulation avec atrophie deltoïdienne. Plus loin, M. Ollier cite encore deux cas absolument analogues, et il termine en concluant qu'il faut toujours tenter et qu'on obtient souvent la résorption de collections purulentes même très vastes et que ceci explique en partie les succès qu'on obtient avec les ponctions successives.

B. — *Injectons modificatrices.*

Quand l'abcès au lieu de se résorber augmente et menace de s'ouvrir spontanément, il faut intervenir. A l'heure actuelle le chirurgien a le choix entre deux méthodes : la méthode lente, celle des injections modificatrices et la méthode sanglante.

Dans sa thèse inaugurale de 1890, M. Reboul a donné la liste complète de tous les antiseptiques qu'on a essayé d'injecter dans les abcès froids. Les plus renommés en ce moment sont le naphtol camphré et l'iodoforme.

a. — *Naphtol camphré.*

Le naphtol camphré découvert par M. Desesquelle, interne en pharmacie de l'hôpital Lariboisière, a été expérimenté par M. Périer dans son service, et les résultats qu'il a obtenus furent consignés dans la thèse de M. Reboul. Voici la statistique des observations rapportées dans ce travail : sur 8 abcès par congestion traités par le naphtol camphré, il y a eu 6 guérisons, dont 3 après un mois de traitement, les trois autres dans un espace de temps variant de deux à trois mois, et 2 résultats incertains. Mais il faut remarquer que les 8 abcès avaient été incisés préalablement et un gratté. Ce n'est que dans un cas qu'on eut recours

à la simple ponction suivie d'injection de naphtol camphré avec résultat inconnu.

M. Menard, chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-mer, a recours tous les jours aux injections de naphtol camphré. Voici les résultats obtenus par une pratique de 8 mois :

Sur 26 cas, 8 guérisons complètes, 4 améliorations, stationnaires 6, ouverts 8.

Obs. I. — Charles M..., 8 ans 1/2. Mal de Pott dorso-lombaire, volumineux abcès dans la fosse iliaque droite venant faire saillie dans le dos au niveau même de la gibbosité. Ponctionné une première fois le 16 février 1893, injecté au naphtol camphré. Seconde ponction le 26 février. Quantité de pus 300 grammes environ. L'abcès s'est rempli très vite et s'est ouvert au niveau de la gibbosité le 3 mars en laissant une fistule.

Obs. II. — Paul L..., 8 ans 1/2. Mal de Pott dorso-lombaire. Abcès au niveau de la région externe de la cuisse. Première ponction le 26 décembre 1892. Deuxième ponction le 4 janvier 1893. Troisième ponction le 24 janvier. Quatrième ponction le 16 février. Le 26 février l'abcès s'ouvre par un orifice resté fistuleux.

Obs. III. — Robert T..., 13 ans. Mal de Pott dorso-lombaire. Gros abcès dans la fosse iliaque droite ponctionné une première fois le 8 février 1893, injecté au naphtol camphré. Le 3 mars l'abcès a le même volume qu'avant la ponction. Un abcès moins volumineux dans la fosse iliaque gauche n'a pas été ponctionné et conserve son volume antérieur.

Obs. IV. — Lucien B..., 7 ans 1/2. Tumeur blanche du genou gauche. Abcès faisant saillie au-dessus et en dehors de l'articulation et communiquant avec celle-ci. Ponctionné et injecté au

naphtol camphré deux fois à huit jours d'intervalle ; s'est ouvert et est resté fistuleux.

OBS. V. — Edouard V... Coxalgie gauche datant de 3 ans. Abscesses gros comme un œuf de poule derrière le grand trochanter. Ponctionné et injecté le 10 décembre 1892, pus épais et floconneux ressemblant à du tapioca, deuxième ponction le 4 janvier 1893. Deux nouvelles ponctions depuis. Total quatre ponctions. Le 3 mars l'abcès est gros comme une noisette ; il est très manifestement en voie de résorption.

OBS. VI. — Albert L..., 8 ans 1/2. Coxalgie droite luxée. Gros abcès au niveau du grand trochanter, ponctionné cinq fois en six mois. L'abcès est encore très volumineux.

OBS. VII. — Joseph B..., 4 ans 1/2. Coxalgie gauche subluxée. Gros abcès au niveau de la région externe de la cuisse ; a été ponctionné deux fois en trois mois. Mêmes dimensions.

OBS. VIII. — Charles L..., 8 ans. Coxalgie luxée. Abscesses au devant de l'articulation remontant dans la fosse iliaque ; ponctionné deux fois ; ouvert et fistuleux.

OBS. IX. — Auguste D..., 14 ans 1/2. Mal de Pott dorsal moyen. Coxalgie gauche réséquée en septembre 1892. Abscesses à la région externe de la cuisse gauche au mois de décembre. Ponctionné et injecté deux fois. L'abcès se vidait mal : de grosses masses caséeuses obstruaient la lumière de la canule. Il s'est ouvert et il est resté fistuleux. Du côté droit il y avait un gros abcès au niveau de la région externe de la cuisse qui paraissait venir du foyer vertébral. Ponctionné cinq fois en trois mois. Guérison.

OBS. X. — Charles C..., 8 ans. Coxalgie droite. Gros abcès au niveau du grand trochanter ponctionné deux fois. Pas de modifications.

OBS. XI. — Marcel Ch..., 6 ans. Coxalgie gauche luxée. Abscesses

derrière le grand trochanter. Huit ponctions en quatre mois. Pas de modification de volume.

OBS. XII. — Adolphe G..., 14 ans. Tumeur blanche du genou datant de 7 ans. Absès sous-tricipital communiquant avec l'articulation qui est distendue par du pus. Ponctionné deux fois, ouvert et fistuleux.

OBS. XIII. — Abel B..., 12 ans. Mal de Pott dorso-lombaire. Absès énorme dans la fosse iliaque gauche. Première ponction le 2 décembre 1892. 200 grammes de pus environ. Deuxième ponction le 8 février. L'absès reste très volumineux.

OBS. XIV. — Louis S..., 7 ans. Coxalgie droite luxée. Absès au niveau du fascia lata. Guéri après trois ponctions.

OBS. XV. — Alexandre G..., 13 ans. Mal de Pott interscapulaire datant de 5 ans. Absès remplissant toute la fosse iliaque gauche. Vidé une première fois le 4 janvier; deuxième ponction le 28 janvier. Un demi litre de pus environ; troisième ponction le 8 février; le 25 février quatrième ponction. L'absès paraît avoir diminué.

OBS. XVI. — Agnès Julie, 6 ans. Mal de Pott dorso-lombaire. Gros absès dans la fosse iliaque gauche. Après trois ponctions en cinq mois l'absès n'a pas diminué.

OBS. XVII. — Marie C..., 5 ans. Coxalgie droite non luxée. Petit absès dans la région externe de la cuisse. Ponctionné une fois le 7 décembre 1892 et injecté au naphthol camphré l'absès ne s'est pas reproduit.

OBS. XVIII. — Lucie L..., 6 ans. Mal de Pott dorsal inférieur. Gros absès dans la région externe de la cuisse sans communication avec la fosse iliaque; ponctionné 6 fois depuis le mois de novembre jusqu'au mois de mars. Aucune modification dans la quantité du pus.

OBS. XIX. — Madeleine D..., 5 ans. Mal de Pott dorsal inférieur. Absès dans la fosse iliaque droite ponctionné trois fois en

quatre mois. Quantité de pus 400 grammes environ. L'abcès n'a pas diminué.

OBS. XX. — Gabrielle H..., 8 ans. Coxalgie double. Gros abcès dans la région externe de la cuisse droite. Après trois ponctions aucun changement de volume; l'abcès ne menace pas de s'ouvrir.

OBS. XXI. — Berthe L..., 7 ans. Coxalgie droite luxée. Abcès dans les adducteurs ponctionné et injecté cinq fois. Actuellement on sent encore des masses dures profondes, mais il n'y a plus de pus collecté.

OBS. XXII. — Marguerite D..., 7 ans. Coxalgie gauche luxée. Abcès en avant et un peu au-dessous du pli de l'aîne qui remontait dans la fosse iliaque. Ponctionné trois fois, s'est ouvert et est resté fistuleux. Suppuration peu abondante.

OBS. XXIII. — Hortense A..., 15 ans. Coxalgie gauche datant de 5 ans. Abcès au-dessous du pli de l'aîne remontant dans la fosse iliaque. Ponctionné et injecté au naphtol camphré deux fois s'est ouvert et reste fistuleux.

OBS. XXIV. — Thérèse C..., 9 ans. Mal de Pott dorsal moyen. Gibbosité peu appréciable. Abcès au niveau de la gibbosité, ponctionné une fois et injecté au naphtol camphré, ne s'est pas reproduit.

OBS. XXV. — Désirée H... Coxalgie droite luxée. Abcès sur le côté externe de la cuisse. 150 grammes de pus environ. Ponctionné sept fois en trois mois. Guérison.

OBS. XXVI. — Pierre V..., 9 ans. Coxalgie gauche luxée. Abcès derrière le grand trochanter. Guéri après quatre ponctions.

Le traitement par le naphtol camphré donne donc une guérison sur 3 et demi environ et des améliorations dans presque la moitié des cas. Il est vrai que 8 abcès sur 26 se sont ouverts, mais ces abcès ouverts se cicatrisent avec une grande facilité

par suite de la désinfection antérieure de la poche purulente par le naphthol camphré.

Si d'autre part on prend en considération que sur les huit abcès guéris il y avait 5 cas graves, on arrive à cette conclusion que le naphthol camphré est un bon moyen à essayer dans le traitement des abcès tuberculeux.

Au moment de la publication de la thèse de M. Reboul, inspirée par M. Périer, aucun accident n'était connu imputable au naphthol camphré. Et M. Reboul avance même dans son travail qu'on peut injecter impunément de 60 grammes à 100 grammes de naphthol camphré sans aucun danger. Une seule fois il a vu une éruption sur la face interne des cuisses qui a persisté pendant deux jours sans d'ailleurs aucun trouble général.

Cette innocuité du naphthol camphré lui constituerait un grand avantage sur l'iodoforme si elle était vraie. Malheureusement il nous a été donné d'observer trois cas d'empoisonnement grave par le naphthol camphré dont un terminé rapidement par la mort.

OBSERVATION I (de M. Calot).

Sur un cas d'intoxication grave à la suite d'une injection intracavitaire de naphthol camphré.

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, Maurice L..., d'abord traité à la maison Dubois par M. Nélaton qui me l'a ensuite adressé à Berck.

Il est porteur d'une coxalgie gauche avec abcès par congestion du volume d'une grosse orange, situé à la partie antérieure de la région inguinale.

Son histoire pathologique n'offre pas de particularités intéressantes à noter. A signaler cependant pour une raison qui apparaîtra dans un instant qu'au point de vue de l'existence d'antécédents nerveux, soit héréditaires, soit personnels, l'examen est absolument négatif.

L'accident dont nous apportons la relation est survenu à la date du 19 avril 1892.

Jusqu'alors le malade toujours immobilisé dans la gouttière Bonnet et soumis en même temps à l'extension continue avait subi un très grand nombre de ponctions de son abcès suivies d'injections modificatrices. Toutes les solutions vantées avaient été essayées tour à tour pour amener la disparition de cet abcès par congestion. M. Nélaton avait institué ce traitement des injections modificatrices; je l'avais continué et à la date indiquée plus haut il y avait plus d'un an que toutes les deux ou trois semaines on revenait à la charge avec une patience d'autant plus louable que l'abcès ne diminuait pas. La collection semblait même prendre un volume un peu plus considérable depuis un mois.

Mais ceci importe peu pour le moment. Ce que je veux noter c'est que j'avais fait, et M. Nélaton avait fait avant moi, à maintes reprises, des injections intra-cavitaires de naphtol camphré sans noter le moindre incident. La quantité de naphtol camphré variait de 25 à 35 grammes.

Enhardi par ce que j'avais lu dans la thèse de M. Reboul, à savoir que les injections de 100 grammes de naphtol n'avaient jamais amené de phénomènes d'intoxication, soit entre ses mains, soit entre les mains de M. Périer, je me décidai à injecter chez notre malade près de 50 grammes de ce liquide.

La petite opération se fit comme à l'ordinaire et je la terminai

comme d'habitude en appliquant sur la région un spica ouaté légèrement compressif.

Trois quarts d'heure après je vois entrer chez moi l'infirmier de mon malade qui me prie d'accourir, celui-ci étant au plus mal et se sentant mourir.

Je le trouve à peu près inconscient, l'œil hagard, le faciès d'une pâleur cadavérique, le corps ruisselant d'une sueur froide. Le pouls étant à 130°, misérable, presque imperceptible.

Il me reconnaît cependant, s'étonné de me voir là, me dit qu'il a des sensations étranges et voit mille fantômes danser devant lui.

Il parlait encore lorsque tout à coup son regard devient fixe, sa tête et son corps immobiles, puis il est secoué de convulsions violentes.

C'est une véritable crise d'épilepsie ; à l'exception du cri initial, rien n'y manque : première phase de pâleur et de convulsions toniques ; deuxième phase de congestion faciale et de convulsions cloniques avec morsure de la langue et émission involontaire d'urines ; troisième phase de stertor.

Il n'était pas possible de ne pas rattacher ces accidents à l'existence d'une intoxication par le naphthol camphré, et immédiatement profitant de l'état comateux dans lequel vient de tomber le malade, j'ouvre largement au bistouri la poche de l'abcès froid avec l'espoir que la totalité du naphthol injecté n'était peut-être pas encore absorbée.

En effet, j'ai donné issue à un liquide trouble dans lequel on retrouvait des traces de pus, de sang et de naphthol, et j'ai fait à l'aide d'un tampon imbibé de sublimé la toilette de la cavité.

Mais cette toilette n'était pas encore terminée que le malade était repris d'une deuxième attaque quatre à cinq minutes après la première.

Puis éclatent une troisième et une quatrième crise espacées d'à peine deux ou trois minutes.

Je ne doutais pas que le malade ne succombât sous les coups répétés de ces attaques subintrantes.

Après la cinquième cependant, la période de rémission, qui était en réalité la période de stertor, dura près de dix minutes et l'attaque qui suivit me parut avoir un peu moins de violence que les cinq premières.

Cette fois la période de rémission atteignit 14 minutes et la crise ne fut représentée que par quelques spasmes convulsifs.

Le malade retomba dans le coma, mais il n'y eut pas d'autre attaque à partir de ce moment.

Il s'était écoulé environ 50 minutes après mon intervention. Le malade est resté dans un état demi-comateux pendant les dix heures qui ont suivi.

Le lendemain matin il a repris connaissance n'ayant pas gardé le souvenir de ce qui s'était passé, sachant néanmoins qu'il y avait eu comme une pause dans sa vie cérébrale. Il accusait une certaine douleur sur la langue due certainement à ses morsures et attribuée par lui à l'ingestion d'une tasse de lait trop chaud.

A partir de ce moment l'état du malade est resté normal.

Il est intéressant d'ajouter qu'à la suite de cette intervention sanglante l'abcès a disparu, mais qu'il s'en est reproduit un autre sur la face externe de la région trochantérienne. Nous avons opposé à cette nouvelle collection le même traitement par les injections intra-cavitaires de naphtol camphré, mais en nous en tenant, est-il besoin de l'ajouter, aux doses prudentes d'autrefois, c'est-à-dire à 25 ou 30 grammes par injection.

Ce traitement n'a du reste pas plus amené de résultat dans ce deuxième abcès que dans le premier, et quelques mois après nous faisons la large ouverture de la collection au bistouri en la complétant par la dissection de la paroi.

OBSERVATION II (service de M. Ménard).

Charles M..., 8 ans et demi. Salle Saint-Léon, lit 28. Mal de Pott dorso-lombaire. Volumineux abcès dans la fosse iliaque droite contournant la crête iliaque et venant faire saillie sur le côté externe de la cuisse.

L'abcès avait été vidé et injecté une fois au naphtol camphré sans aucun accident. Le pus s'étant reproduit on ponctionne l'abcès une seconde fois le 2 décembre 1892. On avait ponctionné ce matin là cinq abcès, soit de la hanche, soit de la fosse iliaque, avant d'arriver au lit 28. Le même naphtol camphré a servi pour injecter tous les enfants.

Le malade du lit 28 avait déjeuné à 10 heures du matin ; la ponction fut faite une heure après. On a été obligé de ponctionner l'abcès deux fois car il se vidait mal. L'abcès vidé on injecte dans la cavité une quantité de naphtol camphré qui malheureusement n'a pas été évaluée en chiffre.

Une demi-heure après la ponction l'enfant se sent mal ; il est agité, loquace. Il a des nausées, mais il ne vomit pas ; quand tout à coup il est pris d'un accès convulsif qui ressemble absolument à un accès épileptique. Le premier accès est suivi d'un second, puis d'un troisième. Dans les courts intervalles qui les séparent, l'enfant pousse des cris stridents, de véritables hurlements. Les accès deviennent subintrants ; le malade perd complètement connaissance et meurt dans un accès épileptiforme à midi et demi, une heure environ après le début des accidents, une heure et demie après l'injection du naphtol camphré.

L'autopsie est faite 36 heures après la mort :

Les lésions vertébrales sont très profondes ; nombreux sequestres dans le foyer. Du côté des corps vertébraux la moelle se trouve à découvert et communique largement avec la cavité de l'abcès.

Celle-ci est très vaste; on trouve du naphtol camphré jusqu'au foyer vertébral. Il est difficile de s'assurer si l'injection a été poussée jusqu'aux méninges. D'après la disposition anatomique la chose serait possible.

Aucune lésion anatomique capable d'expliquer la mort subite.

C'est le seul cas d'intoxication par le naphtol camphré qu'il nous ait été donné d'observer dans le service de M. Menard où pendant l'année 1892 on a fait près de cent vingt injections de naphtol camphré, toutes parfaitement bien supportées. M. le Dr Menard nous a raconté à ce propos l'histoire d'un enfant soigné par lui aux *Enfant-Assistés de Berek*, qui après une injection de naphtol camphré faite dans les conditions ordinaires fut pris d'accès épileptiformes. M. Menard demandé en toute hâte fendit largement l'abcès, le vida soigneusement du naphtol qu'il contenait, lava soigneusement la cavité et l'enfant guérit.

b. — Iodoforme.

Nous insisterons peu sur le traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé.

Mickulicz et Billroth avaient employé un mélange de glycérine et d'iodoforme. Mosetig et Verneuil ont employé plus tard une solution d'iodoforme dans l'éther à 4,5 et même 10 pour 100. Verneuil publia sa méthode en 1884. En 1886 son élève Verchère publia un mémoire sur ce sujet et

réunit 25 observations de guérison. Depuis la méthode est devenue courante et a été employée par tous les chirurgiens. Elle a donné de beaux succès à M. Reclus qui sur 25 cas a eu huit guérisons complètes, d'abcès graves et cinq améliorations notables. Thirion dans sa thèse de Nancy de 1885, a réuni 25 observations concluant à l'excéléncé de la méthode.

Cependant le professeur Lannelongue dans son livre de la tuberculose vertébrale est beaucoup moins enthousiaste : il reproche à la méthode la tension de la poche par les vapeurs d'éther, les douleurs que l'injection provoque souvent et qui peuvent persister de quelques heures à trois jours.

Enfin les injections d'iodoforme peuvent causer des accidents d'intoxication.

En outre, les résultats sont très variables : « inflammation vive obligeant à inciser d'urgence ; inflammation lente aboutissant à l'état fistuleux ; reproduction du contenu sans inflammation, et enfin guérison immédiatement après l'opération ou par résorption lente du liquide collecté. »

Pour éviter la distension de l'abcès et la douleur qui lui est due plusieurs chirurgiens se servent aujourd'hui non pas d'éther iodoformé, comme M. Verneuil, mais de glycérine iodoformée, comme Billroth et Mickulicz.

Cette méthode donne à peu près les mêmes résultats que la précédente.

N'ayant pas eu l'occasion de faire des injections

iodoformées assez nombreuses et surtout suffisamment prolongées, nous n'avons pas de statistique personnelle.

Mais même en nous rapportant aux opinions les plus favorables, nous voyons que si la méthode est bonne et compte des succès nombreux, les cas où elle échoue fourniront encore un champ trop vaste à l'intervention chirurgicale.

Nous voyons aussi que dans quelques cas la guérison a été obtenue, mais au bout d'un temps fort long, et toute méthode qui nous aurait permis d'aller plus vite aurait été préférable.

CHAPITRE IV

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES ABCÈS FROIDS.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que si l'on obtenait des guérisons avec des injections modificatrices on avait aussi de nombreux échecs, car on guérissait à peine un abcès sur quatre ou cinq.

En face des insuccès si fréquents on a songé à une intervention radicale. La méthode de l'intervention radicale dans les abcès froids, telle que la pratiquent la plupart des chirurgiens modernes, consiste à ouvrir largement l'abcès, à le vider et à enlever à la curette tranchante la membrane tuberculogène. On draine ensuite la cavité et on applique un pansement antiseptique. Les dangers d'infection sont nuls, mais il reste très souvent une fistule. C'est, qu'en effet, il y a dans cette méthode plusieurs causes d'insuccès.

Par le simple grattage on enlève bien la paroi tuberculogène, mais on ne fait rien pour effacer la cavité qui persiste, ce qui aboutit à la formation d'une fistule.

Et ceci pour plusieurs raisons :

1° Les parois de l'abcès gratté ne sont pas physiologiquement aptes à contracter des adhérences solides.

2° Le drain les maintient écartées.

3° La compression exercée par le pansement ordinaire n'est pas suffisante pour effacer la cavité.

4° A ces trois facteurs se joint encore un quatrième, quand l'abcès est en communication avec le foyer osseux et que le trajet de communication reste ouvert.

Examinons en détail chacune de ces conditions.

Les parois de l'abcès gratté ne sont pas physiologiquement aptes à contracter des adhérences solides. Et voici pourquoi :

Dans tout abcès froid il y a deux parois, l'une superficielle, l'autre profonde. La paroi superficielle est constituée par la peau doublée de son tissu cellulaire et de quelques fibres aponévrotiques quand l'abcès est sous-cutané, par l'aponévrose de recouvrement ou le muscle doublé d'aponévrose quand l'abcès est profond.

La paroi profonde est constituée par une couche aponévrotique recouvrant un muscle, par un tendon musculaire, le périoste ou l'os dénudé.

Quand par la curette tranchante on a enlevé la membrane tuberculeuse, les plans aponévrotiques restent en face l'un de l'autre ; mais ces tissus n'ont qu'une vitalité très faible et même quand

ils sont mis en contact ils n'ont qu'une très faible tendance à proliférer et à s'agglutiner.

Mais dans le grattage de l'abcès froid, tel qu'on le fait communément, non-seulement les parois ne sont pas mises en contact, mais de plus le drain est interposé et les sépare. Et ceci a pour résultat : 1° d'empêcher la cavité de s'effacer ; 2° d'ouvrir une porte à la réinfection.

Immédiatement après l'intervention sanglante il y a une certaine quantité de sang ou de sérosité qui s'épanche dans l'intervalle laissé libre entre les tissus par l'écartement du drain. Cette sérosité constitue un excellent bouillon de culture pour les bacilles restés dans les tissus malgré un râclage énergique. Les bacilles ne tardent donc pas à repulluler dans le liquide épanché et la suppuration recommence. L'infection peut venir non-seulement de dedans, mais encore de dehors, par la voie ouverte par le drain, pourvu qu'on fasse la moindre faute d'antisepsie. Voilà déjà des causes suffisantes pour la non-réunion des tissus et la persistance d'une fistule, surtout si l'on avait négligé par une compression vigoureuse d'accoller les parois de l'abcès cureté.

La quatrième cause de l'insuccès, avons-nous dit, c'est la persistance du trajet intermédiaire à l'abcès et au foyer osseux d'origine. En effet, l'opérateur ne fait rien pour fermer ce trajet et comme conséquence, le pus fabriqué dans l'os ou dans l'articulation continue à s'acheminer naturelle-

ment et librement vers l'ancienne cavité où rien ne l'empêche de se déverser comme auparavant.

En résumé, la plupart des abcès grattés restent fistuleux parce que la cavité ne s'efface pas.

M. Calot, chirurgien de l'hôpital de Rothschild à Berck-sur-Mer, notre maître pendant une année d'internat faite à l'hôpital maritime de Berck a essayé par un mode d'intervention spéciale d'éviter les inconvénients de la méthode précédente. Les résultats très encourageants qu'il a obtenus dès le début l'ont décidé à poursuivre dans la même voie et après quelques légères modifications dans sa méthode il est arrivé actuellement à avoir des réunions par première intention dans de vastes collections purulentes auxquelles on avait appliqué des mois et des années tous les autres traitements sans succès. Le secret de son procédé, disons le tout de suite, consiste à supprimer les causes d'insuccès du simple curettage que nous avons examinées plus haut.

Il ne se contente pas de gratter la paroi tuberculeuse il enlève les plans aponévrotiques sous-jacents et applique l'une contre l'autre des surfaces vives et saignantes.

Il supprime le drain ; il fait des sutures profondes pour effacer la cavité et le trajet de communication ; il fait par-dessus tout un pansement méthodiquement et vigoureusement compressif.

Voici en détail le manuel opératoire.

CHAPITRE V

MANUEL OPÉRATOIRE.

Toutes les précautions antiseptiques doivent être rigoureusement prises : la peau bien savonnée, lavée au sublimé chaud, le champ de l'opération limité avec des compresses stérilisées, les instruments préalablement bouillis sont encore flambés au moment de s'en servir.

Il faut faire une antiseptie aussi sévère que s'il s'agissait d'opérer dans des tissus complètement sains et non renfermant du pus. Il ne faut pas se contenter d'une antiseptie sommaire dans le cas particulier sous prétexte qu'on a déjà du pus et qu'il est difficile de ne pas en avoir après l'opération.

C'est une grave erreur qu'on est tenté de faire quand on opère dans des foyers tuberculeux ramollis. Ces foyers de même que le pus qu'ils renferment, sont très peu infectants par eux-mêmes.

Le bacille de Koch ne donne pas de suppuration, nous entendons par là la suppuration banale, la suppuration commune du staphylocoque et du streptocoque. Le pus tuberculeux n'est autre que la matière caséeuse dégénérée, ramollie, et ce n'est

qu'à partir du moment où le microbe de la suppuration banale a pénétré par une porte ouverte à l'extérieur dans le foyer que la suppuration est à craindre avec toutes ses conséquences fâcheuses. Dans les opérations sur les foyers tuberculeux il est donc nécessaire de prendre autant de précautions antiseptiques que s'il s'agissait d'une laparotomie, surtout quand ces foyers sont fermés. Et c'est là très souvent le secret des succès opératoires.

Toutes les précautions étant donc prises, on fend largement l'abcès dans toute sa longueur. Il ne faut pas être avare dans l'incision, car il faut avant tout voir clair dans tous les coins et recoins. Si l'abcès est volumineux et l'incision longue de 12 à 15 centimètres qu'importe ; on aura une cicatrice un peu plus longue, mais cela ne présente pas de graves inconvénients pourvu qu'on opère dans une région cachée par les vêtements.

L'abcès étant largement ouvert de la sorte, le pus s'échappe, du moins sa partie la plus liquide. Avec des tampons et des lavages au sublimé on enlève les grumeaux de matière caséeuse, on essuie soigneusement la cavité et on se trouve en présence de la membrane tuberculogène avec sa surface villeuse, tomenteuse, enduite de débris de caséum. C'est le moment de chercher si l'abcès est en communication avec un foyer osseux ou articulaire.

Supposons d'abord le cas d'un abcès qui ne communique plus ou qui n'avait jamais communiqué avec un foyer osseux, et le cas n'est pas rare.

On enlève alors la membrane tuberculogène à la curette tranchante en la suivant dans tous ses replis et dans tous ses prolongements aussi loin que possible. On fait un lavage abondant au sublimé très chaud presque bouillant de manière à enlever tous les débris de la matière tuberculeuse et ne pas infecter tout à l'heure les tissus sains quand on ira plus profondément. Jusqu'ici aucune différence avec la méthode de grattage telle qu'on le fait communément. Mais il ne faut pas s'arrêter là.

Il faut enlever l'aponévrose. D'un coup de ciseau on fend le plan aponévrotique profond et on le divise en deux moitiés.

Avec les mêmes ciseaux ou un bistouri on détache ensuite tout le feuillet aponévrotique qui limite la cavité. On découvre la surface saignante du tissu musculaire dans toute la longueur et toute la largeur de la cavité. Nouveau lavage au sublimé chaud et on passe aux sutures.

La question des sutures est un point important de la méthode. Il faut faire les sutures de manière à oblitérer complètement l'ancienne cavité et prévenir toute nouvelle irruption de pus dans cet endroit. M. Calot fait une première rangée de sutures profondes qui comprennent la couche musculaire profonde, la graisse et la peau. Il fait ses sutures nombreuses et très rapprochées de manière à accoler exactement la paroi superficielle à la paroi profonde et ne laisser aucun diverticule entre

deux fils voisins. Le tout est complété par quelques sutures superficielles. On suture l'abcès dans toute son étendue. On ne draine pas.

Le pansement ne se contente pas d'être antiseptique (pansement iodoformé); il doit être avant tout compressif. Dans le but de faire de la compression méthodique, on dispose sur la plaie des rouleaux d'ouate salicylée pliés en quatre, longs mais très étroits, et qu'on empile en escalier de manière à ne laisser libre aucun intervalle où pourrait s'accumuler la sérosité. Couche d'ouate ordinaire très épaisse. Compression énergique. Le tout est recouvert par une bande plâtrée superficielle qui comprime et immobilise.

Nous verrons dans les observations que nous citerons plus loin les résultats obtenus. Il nous reste à indiquer maintenant la manière de procéder quand l'abcès est profond, quand il est en communication avec un foyer osseux ou articulaire, et quand l'abcès est fistuleux.

Quand l'abcès est encore uni aux parties profondes par un trajet de communication, les choses sont un peu plus compliquées. Il faut à tout prix empêcher un retour offensif par cette voie du pus qui viendrait réinfecter la plaie et faire perdre tout le bénéfice de l'opération.

Le trajet anatomiquement parlant n'est en somme qu'un simple prolongement de la cavité de l'abcès jusqu'à l'os ou l'articulation qui en forme le fond; on devra le traiter comme tel. On le fend

assez largement pour se donner du jour, la paroi est grattée énergiquement de manière à ce qu'il ne reste rien de suspect comme auparavant et l'on suture.

Mais c'est là surtout que les sutures doivent être solides et rapprochées de manière à former en face de l'os ou de l'articulation une véritable muraille absolument infranchissable.

Et l'on y arrive avec des soins et de la patience, on y arrive même si bien que dans le cas où la suppuration n'est pas tarie le pus fuse plus facilement d'un autre côté pour former un nouvel abcès.

Jusqu'ici nous avons étudié le cas où l'abcès est compris entre deux aponévroses, mais il se peut que la paroi profonde soit constituée par un os ou encore par un tendon, en tout cas par un tissu qu'il est impossible d'enlever comme une simple aponévrose, et qui cependant est très peu apte à contracter des adhérences. En ce cas on agira à peu près comme dans le cas d'un trajet profond, c'est-à-dire qu'au lieu de suturer la paroi profonde à la paroi superficielle, ce seront les parois latérales qu'on réunira par de nombreux fils de manière à laisser l'os ou le tendon en dehors du champ opératoire et à former devant eux la même barrière empêchant la réinfection.

Enfin reste le cas où l'abcès s'est ouvert antérieurement au dehors et où il est resté un trajet fistuleux superficiel.

Là encore les conditions ne sont guère changées

si ce n'est qu'on devra faire l'antisepsie avec encore plus de soins si c'est possible. Les parois du trajet seront décortiquées jusqu'au tissu saignant, et on résèquera tout autour de l'orifice superficiel la peau infiltrée. Tout étant suturé et le pansement bien fait on obtiendra la réunion tout comme dans les cas précédents, comme nous le verrons dans l'observation II.

Les suites opératoires sont des plus simples. Dans aucun des cas opérés jusqu'ici il n'y a eu d'élévation de température. Le pansement reste en place de dix à douze jours. Au bout de ce temps on enlève tous les fils. Par précaution un nouveau pansement compressif est laissé pendant les 15 jours suivants.

Chez aucun des malades opérés on n'a observé de récidence. Les résultats obtenus sont donc des plus satisfaisants.

Voici quelle est l'histoire de tous les malades opérés jusqu'ici par M. Calot.

OBSERVATION I (communiquée par M. Calot).

Abcès par congestion volumineux symptomatique d'une coxalgie vainement traité pendant plus de deux ans par des injections intracavitaires de tous les liquides modificateurs connus et guéri en huit jours par l'intervention sanglante.

Il s'agit du malade qui a présenté à la suite d'une injection de 45 grammes de naphtol camphré des phénomènes d'intoxication

grave. C'est un jeune homme de 24 ans, rappelons-le, d'abord traité à la maison Dubois par M. Nélaton, puis envoyé à Berck.

Il a vu apparaître à la partie interne de la cuisse, un an après le début de sa coxalgie et malgré son immobilisation dans une gouttière et malgré l'extension continue faite en même temps, un abcès qui a pris dans l'espace de quelques semaines le volume d'un poing d'adulte.

M. Nélaton l'a ponctionné et injecté à la suite de la ponction évacuatrice 30 à 35 grammes de naphtol camphré. Mais l'abcès se reproduisit rapidement et il avait atteint en 15 jours son volume primitif.

Ponction et injection nouvelles. L'abcès se reproduit encore et trois semaines après on fait une nouvelle évacuation suivie toujours d'une injection naphtolée. Le résultat fut encore nul cette fois. Alors nous nous sommes adressé aux injections d'acide phénique au 1/20, mais elles n'ont pas amené davantage de modifications dans le volume et la consistance de la collection; nous avons fait des injections de sublimé, puis des injections de teinture d'iode traitant cette poche comme s'il s'était agi d'une poche d'hydrocèle, résultat toujours négatif. Les injections de glycérine iodoformée n'ont pas eu plus de succès.

Nous sommes revenu au naphtol en augmentant la dose, c'est alors que nous avons observé les phénomènes d'intoxication dont nous avons parlé ailleurs. L'on se souvient que nous avons dû ouvrir largement au bistouri la cavité de l'abcès froid et qu'à la suite de cette intervention les parois ont bourgeonné et la cicatrisation s'est effectuée dans l'espace de trois semaines.

Peu après se montrait sur le tiers supérieur de la face externe de la cuisse une nouvelle collection; et elle atteignait bientôt le volume d'une orange. Nous l'avons traité comme la première par la méthode des injections modificatrices et nous avons par-

couru à nouveau toute la gamme des liquides modificateurs connus, une injection nouvelle était faite tous les 15 jours ; pendant six mois, avec une patience qui fait honneur, ce me semble, au malade et au chirurgien, nous les avons répétées, et si nous y avons renoncé à la fin du sixième mois ce n'est pas précisément parce que nous n'avions pas de résultat, au contraire le résultat avait été de permettre à l'abcès de prendre pendant ce traitement et malgré ce traitement un développement monstrueux, la poche purulente s'étendant à cette date de la crête iliaque au condyle externe du fémur ; or, le malade est un adulte, de très grande taille, ce qui permet de juger de l'étendue de l'abcès ; dans le sens de la largeur il mesurait presque la demi circonférence de la cuisse.

D'autre part, la peau s'amincissait de plus en plus et nous étions menacé de voir se produire au premier jour une ouverture spontanée de cette vaste collection.

C'est à ce moment que nous nous sommes décidé à intervenir.

Nous avons opéré sans nous servir de la bande d'Esmarck celle-ci devant avoir pour effet, vu l'étendue et le relief de la poche, d'en amener l'ouverture au dehors ou de faire fuser le pus dans la profondeur du membre.

Le manuel opératoire a été celui qui a été décrit ailleurs, qu'il nous suffise de dire qu'après avoir vidé la collection qui renfermait environ deux litres et demi de pus et enlevé la paroi tuberculeuse dans sa totalité nous avons avivé la paroi profonde représentée en haut par l'aponévrose des fessiers, en bas par le fascia lata de la cuisse.

L'on devine l'aspect horrible de cette immense plaie saignante allant de la crête iliaque au genou et intéressant la moitié de la circonférence de la cuisse. Nous n'avons pas trouvé de communication bien évidente de cette poche avec la jointure malade.

L'hémorrhagie qui aurait pu constituer un danger immédiat a été réduite à son minimum par la compression.

Le dernier temps de l'opération a été le passage de sutures profondes au nombre d'une dizaine et de 39 sutures superficielles. Pour parfaire cette occlusion j'ai appliqué sur la région des bandelettes de ouate salicylée juxtaposées très exactement pour appliquer intimement l'une contre l'autre les deux parois de l'abcès. Un pansement ouaté compressif a été ensuite appliqué.

Suites opératoires extrêmement simples malgré l'étendue du traumatisme. Huit jours après on a enlevé les fils; la réunion était complète sur tous les points, la guérison était parfaite.

Elle s'est maintenue depuis (il y a 6 mois de cela).

L'état général s'est entièrement transformé depuis la disparition de cet abcès. La coxalgie est guérie depuis trois mois, et le malade marche soutenu d'un appareil silicaté.

OBSERVATION II

Thérèse M..., 11 ans. *Abscès symptomatique d'une coxalgie gauche ouvert et fistuleux depuis un an. Intervention sanglante. Guérison.*

Fistule persistante depuis un an malgré tous les traitements institués; et cependant l'exploration de la petite cavité dans laquelle conduit le stylet ne permet pas de trouver de communication de la dite cavité avec la jointure malade.

Après l'ouverture très large de la cavité l'on vérifie qu'il n'existe pas, en effet, de communication avec l'articulation de la hanche et que la non occlusion de la fistule ne peut être expliquée que par la constitution fibreuse, indurée des parois de la cavité.

L'objectif était d'enlever ce revêtement fibreux dans sa totalité, cette dissection a été laborieuse, la paroi fibreuse mesurant

en certains points une épaisseur de plus d'un centimètre ; ce qui permet de penser que jamais n'aurait pu se produire sans intervention l'occlusion de cette cavité.

Lorsque cette enveloppe a été détruite, on s'est trouvé en présence d'une paroi bien vivante, bien saignante, et l'on a pu accoler par des sutures profondes et des sutures superficielles des tissus aptes à se réunir par première intention.

Pas de drainage.

Les suites de l'opération ont été très simples ; au huitième jour les fils étaient enlevés ; la cicatrisation était complète sur tous les points et la guérison s'est maintenue complète depuis cette époque (7 mois).

OBSERVATION III

Raymonde L., 5 ans 1/2. *Coxalgie luxée avec abcès de la face externe de la cuisse. Ablation complète. Guérison.*

Le 4 février 1891 on ponctionne l'abcès et l'on injecte de l'éther iodoformé. L'abcès disparaît lentement et au mois de décembre de la même année on ne perçoit plus la fluctuation, il ne reste qu'une petite dépression cupuliforme. La jambe est redressée en même temps que la luxation réduite en janvier 1892 et le membre est mis dans un appareil plâtré. On enlève l'appareil le 18 février et l'on trouve un peu d'empâtement au niveau de l'ancien abcès.

Mais quand on enlève de nouveau l'appareil le 28 mars l'empâtement a disparu. Au mois de décembre il se forme à la partie externe de la cuisse un abcès qui atteint bientôt un assez gros volume.

Opération le 4 janvier 1893.

L'abcès avait paru à l'examen indépendant de la hanche, mais à l'opération on le trouve relié à la cavité articulaire qu'on pou-

vait atteindre avec une curette. On ne se contente pas de gratter seulement les fongosités tapissant les parois de cet abcès, mais on enlève de partout cette paroi constituée par le tissu aponévrotique fibreux de façon à mettre à nu et en contact des surfaces saines et cruentées.

Pansement sec iodoformé et compressif.

On profite du sommeil chloroformique de la malade pour lui corriger l'attitude vicieuse de la hanche. Après redressement on renferme tout le membre inférieur ainsi que le thorax dans un appareil plâtré complet.

Durée de l'opération 30 minutes : aucun accident à noter.

Pansement le 1^{er} février. — L'enfant n'a pas eu de fièvre depuis l'opération et ne souffre pas. L'abcès est presque complètement guéri ; à peine quelques gouttes de pus. Nouvel appareil plâtré.

Le 17 février. — Deuxième pansement. Plaie complètement cicatrisée. Aucune trace de fluctuation au niveau de la cicatrice. Abcès complètement guéri.

OBSERVATION IV

Pierre B..., 4 ans. Volumineux abcès de la cuisse droite symptomatique d'une coxalgie. Cet abcès est apparu il y a 18 mois.

De par la présence de l'abcès le volume de la cuisse droite est le double de celui de la cuisse gauche.

L'extrémité supérieure de la collection n'atteint pas tout-à-fait le bord supérieur du grand trochanter, mais elle empiète en bas de 3 centimètres sur la moitié inférieure de la cuisse ; elle intéresse la moitié de la circonférence de la cuisse.

Intervention le 21 janvier.

Deux ouvertures de 3 centimètres chacune au niveau de l'extrémité supérieure et de l'extrémité inférieure de l'abcès.

Grattage très minutieux de tous les points de la paroi.

La poche paraît indépendante de la jointure.

Compression très méthodique et puissante de la totalité du membre inférieur.

Bandage plâtré.

Le pansement est enlevé au quarante-cinquième jour seulement.

La guérison de l'abcès est radicale.

OBSERVATION V

Marguerite R..., 10 ans 1/2.

Vieille coxalgie datant de 4 ans. Luxation iliaque très marquée. Il y a quatre mois une fistule s'est ouverte au-dessous de l'ischion par laquelle on a extrait un sequestre. La fistule donne lieu encore actuellement à un léger écoulement de pus.

Actuellement le tiers supérieur de la face externe de la cuisse droite est le siège d'un volumineux abcès.

Raccourcissement énorme du membre inférieur.

Flexion et adduction.

L'opération de l'abcès est faite par M. Calot le 18 mars 1893.

Incision sur la face antéro-externe de la cuisse.

Evidement de l'abcès formé surtout par de la matière caséuse semi liquide. Ablation à la curette de la membrane pyogène. Vivement de la couche aponévrotique sous jacente. Lavage au sublimé chaud. Sutures profondes et superficielles. Réunion totale sans drainage.

Les fils sont enlevés et la réunion est complète le 5 avril 1893. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

OBSERVATION VI

Maria V..., 9 ans. *Gros abcès froid venant d'une lésion trochantérienne. Ablation complète. Guérison.*

L'abcès de la face antéro-externé de la cuisse droite date au dire de l'enfant de six mois. La fillette nous raconte qu'elle avait porté un corset. A l'examen de la colonne vertébrale on constate un léger degré de scoliose, mais pas de trace de mal de Pott.

L'abcès de la cuisse est très volumineux, il contient un demi litre de pus environ et présente un aspect bilobé dû probablement à une bride aponévrotique.

Pas d'altération de la peau ; l'abcès ne paraît pas menacer de s'ouvrir.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont libres et ont une étendue presque aussi complète que du côté sain. La flexion paraît un peu limitée, mais elle est cependant assez étendue pour qu'on puisse attribuer cette limitation à la tension déterminée par l'énorme abcès.

Le bord supérieur du grand trochanter se trouve sur la ligne de Nélaton.

On ne trouve pas d'empatement dans la fosse iliaque.

Le 16 février 1893 on fait une ponction évacuatrice suivie d'injection de 50 grammes de glycérine iodoformée.

L'abcès s'étant reproduit rapidement, on décide l'intervention radicale.

L'opération est faite le 18 mars 1893.

On fend l'abcès tout du long, ce qui fait une incision de 15 centimètres au moins. Il s'écoule 300 grammes de pus environ. Une bride moitié fibreuse, moitié tuberculeuse, traverse la cavité de l'abcès, ce qui avait déterminé sa forme bilobée.

A son extrémité supérieure la cavité communique avec un trajet pouvant admettre l'extrémité du petit doigt, et qui conduit sur la face externe du grand trochanter et s'en va en avant de lui très probablement dans la cavité articulaire. On enlève la membrane tuberculeuse. On gratte le trajet de communication aussi proprement que possible. Ablation totale de la couche apo-

névrotique jusqu'aux fibres musculaires qui sont mises à nu dans toute l'étendue de la cavité. Huit sutures profondes comprenant la couche musculaire et de nombreuses sutures superficielles. Le pansement et la compression sont faits d'après les règles indiquées dans le manuel opératoire.

On ne draine pas.

Pendant les 15 jours qui ont suivi l'opération la température n'avait jamais dépassé la normale ; au bout de ce temps les fils sont enlevés ; on ne sent pas une goutte de liquide sous la cicatrice.

Il n'y a pas eu de récurrence jusqu'à ce jour.

OBSERVATION VII

Paul W..., 6 ans.

Abscess froid de la cuisse gauche siégeant à 7 centimètres au-dessus de l'interligne du genou, en dehors et symptomatique d'une tumeur blanche de cette articulation.

Volume d'une mandarine. L'abscess date de deux mois. Intervention le 18 avril :

L'abscess paraît indépendant de la jointure.

Manuel opératoire ordinaire.

Suture sans drainage. Compression très exacte.

Suites de l'opération très simples. La température n'a jamais dépassé 37°. Les fils sont enlevés le neuvième jour.

Réunion parfaite. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VIII

Marie F..., 7 ans. Tuberculose du genou gauche.

D'après les renseignements la maladie remontait à cinq ou six mois. Au moment de l'entrée de la malade le 4 octobre 1892 on

sentait des fongosités dans les deux culs-de-sac latéraux surtout dans le gauche. Le genou est fléchi à angle droit et présente un volume double de celui du côté sain. Les mouvements sont très limités.

Un mois après son entrée on redresse le genou et on met un pansement compressif. Sur le pansement ouaté on place un appareil plâtré

Le 5 janvier 1893. — Un mois après, l'appareil est enlevé.

Le genou est sensiblement diminué de volume ; la fluctuation qu'on percevait dans le cul-de-sac gauche a disparu.

On pose un nouvel appareil plâtré avec application d'onguent mercuriel.

Le 8 février 1893. — On ne trouve plus rien dans les culs-de-sac latéraux, mais en revanche dans le cul-de-sac sous-tricipital on perçoit une fluctuation très nette remontant à 10 centimètres au-dessus de la base de la rotule.

Le 9 février. — L'abcès est ouvert largement, nettoyé et gratté suivant la méthode indiquée.

Les suites de l'opération ont été excellentes. Pas de fièvre. Lorsqu'on enlève le pansement le 23 février la plaie est complètement cicatrisée, et il n'y a plus trace de pus dans la profondeur. Les fils sont enlevés.

Le genou conserve encore son volume exagéré sans qu'on puisse y découvrir de la fluctuation.

Il n'y a pas eu de récurrence.

OBSERVATION IX

Jacques M..., 6 ans, vaste collection purulente étendue le long de la moitié inférieure de la cuisse et de la moitié supérieure de la jambe, symptomatique d'une tumeur blanche du genou.

Réssection du genou et traitement de la vaste collection puru-

lente suivant la méthode ordinaire à ceci près que au niveau de la cuisse, la collection siégeant en dedans très près des gros vaisseaux on n'a pas pu faire un avivement soigné et que la suture a été toute superficielle, non complétée par des fils profonds assurant l'accollement de la partie profonde des parois de l'abcès.

Suites opératoires très simples. Température normale. Premier pansement au quarantième jour.

La consolidation du genou est à peu près complète. Les deux tiers inférieurs de la poche purulente sont cicatrisés parfaitement. Il s'est amassé dans le tiers supérieur sur la cuisse quelques cuillerées de pus, ce qui démontre l'utilité ou pour mieux dire la nécessité de faire un avivement et une suture soignés de toutes les parties des parois de l'abcès.

CHAPITRE V

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Cette méthode a donc donné de très beaux succès, et ce qui est mieux, des succès rapides. Un grand nombre d'abcès froids en sont justiciables.

Les plus favorables sont certainement les abcès idiopathiques qui siègent, soit sur les membres, soit sur le tronc, sur une partie superficielle en tout cas ; on peut facilement les attaquer, ils sont bien délimités et l'opération n'est ni longue ni laborieuse ; on n'a pas à compter avec un trajet profond plus ou moins probable. On est sûr de la guérison rapide.

Il en est évidemment de même pour les abcès dont le point de départ primitif est un os ou une articulation, mais dont le trajet est oblitéré. Ceux-là encore sont anatomiquement idiopathiques et rentrent dans la classe précédente.

Mais l'abcès dépend d'une lésion osseuse ou articulaire ; il est de volume moyen ; il est bien probable que le trajet de communication existe encore. Cependant on a de bonnes raisons pour

croire que ce trajet n'est pas trop large. Est-ce une contre-indication? Non, nous répondent nos observations, car plusieurs de nos malades étaient dans ce cas-là. Il faudra seulement nous rappeler tous les préceptes du manuel opératoire, rechercher avec le plus grand soin l'orifice profond, parcourir la sonde à la main toute l'étendue des parois, fouiller coins et recoins, essayer de faire pénétrer le bec de la sonde et n'accepter l'abcès fermé que quand il n'y a plus moyen de faire autrement. Le trajet une fois découvert on arrive assez facilement à le fermer, et les résultats obtenus et cités dans nos observations montrent bien que ce n'est pas seulement là une vue théorique.

La question se complique si on a affaire à un gros abcès avec trajet de communication supposé très large, ce que démontrera quelquefois un reflux facile de l'articulation dans la poche et réciproquement.

Intervenir radicalement? Il faudra être prudent, examiner toutes les circonstances, voir les chances de succès; mais trop souvent on risque de ne pas pouvoir arriver à fermer parfaitement le trajet de communication. Peut-être est-il mieux dans ce cas d'hésiter et de commencer par la ponction avec injections. Sans doute on obtiendra bien rarement la guérison, mais peut-être commencera-t-on à modifier la paroi, à rendre moins active la production du pus.

Mais si après injection la poche se distend, rou-

git et menace de s'ouvrir, alors il n'y a plus à hésiter ; il faut ouvrir et nettoyer. Dans ce cas on ne pourra pas toujours appliquer la méthode dans toute sa rigueur et c'est là que le drain trouvera son indication.

D'ailleurs en présence d'une telle lésion il est bien rare qu'on puisse s'en tenir là et qu'il ne faille arriver à la résection.

Dans quelques cas même la résection est indiquée dès le début. L'articulation ou l'os sont déjà trop malades, il s'en écoule un pus très abondant par de nombreuses fistules. Souvent en plus de fistules il y a plus ou moins loin du foyer primitif un ou plusieurs abcès.

Que ces abcès soient petits, moyens ou gros, qu'ils communiquent ou non avec le foyer primitif, ils ne sont malgré leur gravité propre qu'un épiphénomène négligeable ; le danger menaçant réside dans la lésion primitive et ce serait perdre son temps que de ne pas s'attaquer directement à elle. C'est la résection qui s'impose et on doit s'y résoudre sans tarder.

Mais l'opération serait incomplète si en même temps on ne traitait les abcès. Ce sera le moment de les vider, d'enlever leurs parois, en un mot d'employer notre méthode. C'est ainsi qu'a fait M. Calot dans l'observation IX de l'enfant Jacques M..., et nous avons vu qu'il s'en est bien trouvé.

Enfin il est un dernier ordre de faits où l'ablation de la poche est impossible, non pas quand

celle-ci est trop étendue, et M. Calot a enlevé des abcès remontant du condyle externe du fémur jusqu'à la crête iliaque, fait relaté dans l'observation I ; mais ce qui nous arrête c'est le siège. Comment opérer en effet un abcès de mal de Pott siégeant dans la fosse iliaque. A la rigueur avec un peu d'audace la paroi antérieure nous serait-elle accessible, mais la paroi postérieure... Il serait difficile de disséquer l'aponévrose iliaque, et encore ces abcès remontent-ils le plus souvent jusqu'aux vertèbres et nous devrions renoncer à les poursuivre jusque-là. Inutile d'insister. Là nous devons nous contenter des méthodes des injections, ou bien si nous sommes forcé de recourir à une intervention sanglante, il faudra drainer.

Malgré cela la cure radicale des abcès est encore applicable à un grand nombre de cas. Dans ceux qui ne sont pas exceptionnellement graves elle nous paraît infaillible.

On nous fera peut-être l'objection que c'est aussi dans ces cas que toutes les autres méthodes réussissent. D'accord, mais d'abord elles sont certainement beaucoup moins fidèles ; et même en admettant qu'elles aient autant de succès, ce qui n'est pas, est-ce donc un mince avantage de guérir rapidement et en une seule fois une lésion qui demande toujours pour céder plusieurs ponctions et un temps considérable. Elle a donc même dans ces cas un avantage certain.

Mais en outre il est sûrement des cas plus

graves où seule elle peut donner un résultat. Prenons encore notre première observation si instructive à tous les points de vue. Nous ne croyons pas que la guérison sans fistule ait pu être obtenue par un autre procédé, même en un temps beaucoup plus long ; et elle s'est faite en quelques jours. C'est donc un service inappréciable rendu au malade.

Et à côté de ces avantages si grands il en est plusieurs autres qui ne sont pas négligeables. Les injections causent souvent des douleurs qui peuvent subsister plusieurs heures et même plusieurs jours.

La cure radicale sera faite en très peu de temps et sans que le malade s'en ressente.

En outre, il faut songer à ces accidents déjà signalés dans l'emploi de l'iodoforme, et dont nous avons rapporté trois cas pour le naphthol camphré.

En un mot, notre méthode présente tous les avantages qui déjà avaient fait préférer à beaucoup de chirurgiens l'ouverture large avec grattage des parois et drainage. Elle est de plus un grand perfectionnement puisque sur celle-ci elle a l'avantage de guérir plus sûrement et plus rapidement.

Si dans le manuel opératoire la cure radicale, telle que l'a proposée M. Calot n'est qu'un perfectionnement de la précédente, par l'idée qui la domine et par le but qu'elle se propose, elle mérite bien réellement le titre de méthode nouvelle.

La première n'était en effet souvent qu'une méthode palliative, destinée à diminuer la suppuration surtout dans le cas de trajet profond. Celle-ci est vraiment radicale.

Son but n'est pas de diminuer, mais de supprimer d'un seul coup.

La première n'était souvent employée que comme procédé de nécessité, alors que la poche traitée ou non par une autre méthode menaçait de s'ouvrir. Avec celle-ci on attaque franchement et sans s'arrêter à des essais trop lents s'ils ne sont pas inutiles, l'abcès froid dès son début.

Pour notre part nous croyons fermement que dans beaucoup de cas la méthode de l'ablation complète est destinée à être employée seule à l'exclusion de tout autre procédé. Mais mettons même les choses au pis et supposons que la méthode ne doive être employée qu'après que les autres auront échoué. Elle aura malheureusement encore un champ très vaste, et si elle réussit à guérir quelques-unes de ces collections si tenaces et si graves pour l'état général du malade, elle aura encore bien mérité notre reconnaissance. Et ne fut-ce qu'à ce titre elle méritera de rester dans la pratique.

CONCLUSIONS

1° Les abcès froids sont des lésions envahissantes rebelles au traitement.

2° Toutes les méthodes employées jusqu'à ce jour échouent dans le plus grand nombre des cas.

3° La méthode des injections modificatrices donne à peine une guérison sur quatre ou cinq cas et cela après un temps fort long.

4° La méthode du simple grattage laisse une fistule dans la majorité des cas qui met un temps fort long à se fermer.

5° Avec la méthode de la cure radicale on obtient la réunion par première intention. Elle guérit en huit jours des abcès qui n'auraient guéri avec les autres méthodes qu'après plusieurs mois de traitement et elle réussit dans les cas où celles-ci avaient échoué.

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lannelongue. — Tuberculose vertébrale.

P. Thiéry. — De la tuberculose chirurgicale. Thèse de Paris, 1890.

Verneuil. — Sur le traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. Rev. de chir. 1885.

Verchère. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. Rev. de chir., 1886.

Kirmisson. — Injections d'éther iodoformé. Gaz. hebd., 5 mars 1886.

Thirion. — Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme. Nancy 1884-1885.

Reclus. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé (Etude sur la tuberculose, fasc. II).

Reboul. — Traitement de la tuberculose des os des articulations et des synoviales tendineuses. De l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphthol camphré. Thèse de Paris 1890.

